



ULISES ESTRADA CHACÓN

MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA JARDIM AMÉRICA, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE
2014 À MARÇO DE 2015, EM VILHENA/RO

CAMPO GRANDE/MS
2015

ULISES ESTRADA CHACÓN

MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA JARDIM AMÉRICA, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE
2014 À MARÇO DE 2015, EM VILHENA/RO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal do Mato Grosso do
Sul como requisito para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde da
Família.

Orientador (a): Prof.^(a): Cristiany Incerti de Paiva Rodrigues

CAMPO GRANDE/MS
2015

DEDICATÓRIA

Com muito carinho e amor, dedico este trabalho ao meu filho e meus pais, que sempre estiveram presentes nos momentos importantes da minha vida.

Todavia, não iria deixar de citar a minha esposa, companheira, que além de mulher da minha vida, nesse período dedicou-se com todo carinho e compreensão, apoiando-me com palavras de ânimo para que chegasse até aqui.

Agradeço a todos pela compreensão da ausência, paciência nos momentos de angústia e principalmente por vocês existirem em minha vida.

Obrigado!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus colegas e a todos que contribuíram para fazer desse curso um curso de excelente qualidade.

EPÍGRAFE

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê. “

Arthur Schopenhauer

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e constitui com um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Este projeto objetivou estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo de pessoas acompanhadas em uma Unidade de Saúde de Vilhena/RO. Foi realizado um projeto de intervenção que incluiu todos os usuários hipertensos acompanhados pela Equipe de Saúde da Família (ESF) Jardim América. As ações realizadas foram à apresentação deste projeto e seu instrumento de medida da adesão ao tratamento medicamentoso aos membros da equipe multiprofissional desta ESF. O instrumento de coleta da informação foi o Brief Medication Questionnaire (BMQ), um teste que possibilita avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de usuários. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos no programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da ESF. O objetivo geral foi “Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com hipertensão na unidade de saúde da família Jardim América, no período de outubro de 2014 à março de 2015, em Vilhena/RO”. Ao final da intervenção 69,7% dos hipertensos residentes na área de abrangência foram cadastrados no HIPERDIA. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso foi verificada em 7,6% dos 210 respondentes ao BMQ ao terceiro mês do projeto. Foram classificados os hipertensos ao tratamento como: aderentes 27,2%, provável aderência 35,5% e provável baixa aderência 29,5%. Dos 16 (dezesesseis) hipertensos com baixa adesão, 11 (onze) passaram para aderentes e cinco para prováveis aderentes ao final da investigação. Espera-se que a gestão municipal fortaleça este trabalho e oportunize para os demais profissionais.

Palavras-Chaves: Atenção Básica à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica, Adesão medicamentosa.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) occupies a prominent place in the context of epidemiological transition and is with one of the main risk factors for the onset of heart disease. The control of SH is directly related to the degree of patient adherence to treatment regimen. This project aimed to encourage adherence to antihypertensive treatment of people together in a Health Unit Vilhena / RO. An intervention project which included all hypertensive patients followed by the Family Health Team (FHT) American Garden was conducted. The actions taken were the presentation of this project and its accession measuring instrument to drug treatment to members of the multidisciplinary team of this ESF. The information collection instrument was the Brief Medication Questionnaire (BMQ), a test which assesses adherence to drug therapy users. The actions taken included the registration of hypertensive patients in Hypertension and Diabetes Program (HIPERDIA), the monitoring of indicators, health education group training, educational activities for adherence to drug treatment and training of the multidisciplinary team FHS. The information collection instrument was the Brief Medication Questionnaire (BMQ), a test which assesses adherence to drug therapy users. The actions taken included the registration of hypertensive patients in Hypertension and Diabetes Program (HIPERDIA), the monitoring of indicators, health education group training, educational activities for adherence to drug treatment and training of the multidisciplinary team FHS. The general objective was "Improving adherence to drug treatment of patients with hypertension at the clinic of America Garden family, from October 2014 to March 2015 in Vilhena / RO". At the end of the intervention 69.7% of the hypertensive living in the catchment area were registered in HIPERDIA. The low adherence to drug treatment was seen in 7.6% of the 210 respondents to the BMQ the third month of the project. They were classified as hypertensive treatment: adhesive 27.2%, 35.5% and likely adherence likely poor adherence 29.5%. Of the sixteen (16) hypertensive patients with low adherence of eleven (11) members and went to five for adhering likely the end of the investigation. It is expected that the municipal management and strengthen this work further opportunity for other professionals.

Key-Words: Primary Health Care, Hypertension, drug Accession.

SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	08
1.1 INTRODUÇÃO.....	08
1.2 OBJETIVOS.....	13
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	15
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS.....	27
APÊNDICES.....	29

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge um número cada vez maior de pessoas ao redor do mundo, é isoladamente, o fator de risco mais importante para as Doenças Crônicas Cardiovasculares (DCV) ¹.

A HAS, geralmente assintomática, apresenta um período de tempo variável entre o aparecimento dos sinais e sintomas, diagnóstico definitivo e a detecção de lesões de órgãos- alvo, que normalmente são responsáveis pela apresentação de sintomas. Este período de latência depende da gravidade da hipertensão e da coexistência da gravidade de outros fatores de risco como a dislipidemia, diabetes e/ou tabagismo².

As Doenças Crônicas Não Infecciosas (DCNI) são comuns em idosos, pois estes apresentam características próprias na manifestação das doenças, constituindo um grupo de maior risco para o aparecimento das doenças degenerativas em geral e cardiovascular em particular, além de apresentar maior número de co-morbilidades³.

A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária, que corresponde à cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária. A classificação da hipertensão arterial foi recentemente modificada pelo *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*, que surge uma nova categoria designada à pré-hipertensão e os antigos estágios dois e três da hipertensão foram combinados em um mesmo estágio, dando ênfase ao seu controle e tratamento precoce⁴.

Classificação da hipertensão arterial para adultos maiores de 18 anos de acordo com os níveis tensionais⁵.

Sistólica

Diastólica

Ideal < 120 mmHg e	< 80 mmHg / Reavaliar em dois anos
Pré-hipertensão 120-139 mmHg ou	80-89mmHg / Reavaliar em um ± ano
Hipertensão estágio 1: 140-159 mmHg ou	90-99 mmHg / Reavaliar em ± dois meses
Hipertensão estágio 2: ≥ 160 mmHg ou	≥ 100 mmHg / Reavaliar em um mês**

Mudanças de estilo de vida, além de reduzir as cifras pressóricas, contribuem para corrigir ou minimizar outros fatores de risco presentes, melhorando a saúde cardiovascular como um todo. O “VI Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure”, recomenda-se a utilização de fármacos inicialmente após a tentativa de controle da pressão arterial por pelo menos 6 (seis) meses, através de modificação do estilo de vida, naqueles hipertensos que não necessitam de tratamento imediato.⁶ Assim, para a tomada de decisão terapêutica, de acordo com este Comitê, é necessário levar em consideração os valores pressóricos, a presença de fatores de risco, outras doenças associadas e de lesões de órgãos-alvo na estratificação de risco do paciente^{6,7}.

Os regimes terapêuticos não-farmacológicos e farmacológicos, isolados ou em associação, têm sido utilizados com o objetivo de reduzir a PA e o seu impacto sobre a morbimortalidade cardiovascular⁸.

Medidas básicas para prevenção e tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial:

- Retirar do cardápio ou reduzir ao máximo as frituras, carnes gordurosas, carne de porco e seus salgados, vísceras de animais, frutos do mar, maionese, creme de leite, embutidos, enlatados, oleaginosas, biscoitos amanteigados e chocolates.
- Preferir carnes magras (sem gordura aparente, sem pele e escamas, no caso de aves e peixes) e fazer as seguintes substituições: leite e iogurte integrais por desnatado, queijos amarelos por brancos, ricota ou requeijão light ou cottage e manteiga por margarina vegetal, sorvetes cremosos por picolés de fruta e gema de ovo pela clara.

- Não utilizar açúcar; substituí-lo por adoçantes. Evitar alimentos concentrados em açúcar como balas, refrigerantes, tortas e bolos.
- Evitar temperos e molhos industrializados (caldos concentrados, extrato de tomate, molho shoyo, catch-up, sazón e entre outros).
- Moderar a quantidade de sal na alimentação não utilizando saleiro à mesa e diminuindo a quantidade de sal nas preparações. Usar temperos naturais (limão, cebola, alho, orégano e ervas).
- Evitar consumir bebidas alcoólicas.
- Não usar banha de porco. Preferir os óleos vegetais como óleo de milho, canola e girassol, entre outros.
- Dar preferência aos alimentos integrais (arroz, pães, farinhas, biscoitos, entre outros).
- Consumir alimentos naturais em substituição aos industrializados, dando preferência ao alimento cru e com casca.
- Cultivar o hábito de consumir diariamente frutas, vegetais folhosos crus e legumes.
- Beber água diariamente (1,5 a 2,0 litros).
- Respeitar os horários das refeições.
- Manter o peso corporal próximo ao ideal (de forma que o Índice de Massa Corporal - IMC seja $<25 \text{ kg/m}^2$).
- Realizar exercícios físicos regulares e evitar o sedentarismo.
- Evitar o estresse⁹.

Diversos estudos clínicos de intervenção em indivíduos hipertensos têm utilizado apenas mudanças de estilo de vida como estratégia terapêutica. Mais recentemente dois deles resgataram o entusiasmo da adoção dessas ações no manuseio da hipertensão arterial nos seus estágios iniciais. O Estudo TOMHS (The Treatment of Mild Hypertension Study) utilizou um programa

intensivo de intervenção sobre estilo de vida e obteve redução de 8mmhg na Pressão Arterial Sistólica (PAS) e de 9mmhg na Pressão Arterial Diastólica (PAD) em uma amostra de indivíduos hipertensos¹⁰.

A prevalência mundial estimada é de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que há aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano que podem ser atribuídos às complicações da hipertensão arterial. Cerca de 50 milhões de norte-americanos possuem hipertensão arterial. Destes, em torno de 70% têm conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais¹¹.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH VI)¹ conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A prevalência da HA no Brasil, avaliada por estudos populacionais que possam refletir a situação da doença no país como um todo é ainda desconhecido. Estudos de prevalência, regionais e isolados, levam-nos a crer que em torno de 30% da população adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos^{12, 13}.

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. Na região do estado de Rondônia, no município de Vilhena, em estudo realizado envolvendo 385 hipertensos de 20 à 79 anos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família Alfonso Mansur, os registros encontrados foram similares ao da prevalência nacional¹⁴.

A hipertensão está nitidamente associada a várias complicações, como Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Arterial Periférica (DAP), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Renal Crônica (DRC), Infarto Agudo Do Miocárdio (IAM) e Doença Arterial Coronariana (DAC). Contudo, por ser uma doença assintomática o seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão terapêutica e, conseqüentemente, um controle inadequado da HAS¹⁵.

Uma tentativa de melhorar o manejo desses pacientes foi a utilização de grupos, complementando atendimentos individuais. O “North Karelia Project 6” ajudou a reduzir os fatores de risco de uma população finlandesa, diminuindo significativamente a mortalidade por doenças cardiovasculares em 22 anos de programa. Kulčar⁷, acompanhando por 10 anos hipertensos membros permanentes de grupos, constatou redução na mortalidade e aumento da expectativa de vida, quando comparados aos membros temporários e controles^{16,17}.

Emerge aqui o tema da promoção da saúde, o qual vem sendo representado como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo¹⁸.

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde (MS) para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, integral e/ou contínua. Com base em manuais editados pelo MS, o programa oferece grande ajuda na detecção precoce da HA realizando medidas regulares da pressão arterial, assim como, prevenindo e controlando outras doenças crônicas, com o acesso dos profissionais de Saúde da Família para os hipertensos há o favorecimento nos esforços de prevenção, incentivando tanto portadores da doença como seus familiares a adotarem hábitos de vida mais saudáveis, controlando, corrigindo e evitando complicações.

A abordagem grupal pode ser ferramenta importante no manejo da hipertensão por meio de diversos e complexos processos. Os grupos parecem

constituir uma fonte potencial e relevante de atenuação da inadequação comportamental, segundo Rose¹⁸, envolvida no manejo da hipertensão. Os benefícios relatados indicam que os grupos podem melhorar a função educativa dos serviços de APS, o apoio social e a qualidade de vida desses pacientes. Além disso, a pouca utilização explícita de um enfoque promocional e resultados promissores nessa área sugerem que os grupos teriam tanto ou mais potência se melhor orientados para a promoção da saúde.

Se os encontros grupais construírem práticas dialógicas e redes de apoio, valorização e compreensão mútua de saberes e realidades existenciais com relações solidárias, os grupos envolvendo hipertensos poderiam se tornar úteis dispositivos na APS e em outros contextos assistenciais¹⁹.

Durante o trabalho na Estratégia de Saúde da Família em Vilhena, foi observada uma baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, motivando toda equipe a instigar as possíveis causas deste fato. Em consultas diárias com pacientes hipertensos, descobriu-se que há pouca informação sobre a doença, contribuindo para o abandono do tratamento ou surgimento posterior de complicações comuns de HAS. Nas reuniões de grupos operativos com os pacientes com hipertensão arterial deduziu-se que as informações sobre diagnóstico, sintomas, complicações e tratamento desta doença é praticamente desconhecido. Isso nos motivou a realizar um projeto de intervenção, a fim de reverter esse problema, melhorar a adesão ao tratamento e, assim, a qualidade de vida dos nossos pacientes.

O projeto terá como objetivo promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família Jardim América, município de Vilhena/ RO, visto que a não adesão pode acarretar o aumento da morbimortalidade nessa população.

1.2 Objetivo geral:

Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com hipertensão na Unidade de Saúde da Família Jardim América, no período de outubro de 2014 a março de 2015, em Vilhena/RO.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

O município de Vilhena situa-se na Chapada dos Parecis, região Norte do Brasil, sudeste do estado de Rondônia. É conhecido como Portal da Amazônia por estar situado no local de entrada para a região Amazônica Ocidental. Também é conhecida como Cidade Clima da Amazônia por ter uma temperatura menor, comparada a outras cidades da Região Norte. Nos tempos de sua colonização também recebeu a alcunha de Eldorado Amazônico, o termo fazia referência à cidade de Eldorado que, segundo a lenda de índios, seria feita de ouro maciço. O nome Vilhena foi dado em homenagem a Álvaro Coutinho de Melo Vilhena, engenheiro chefe da organização da carta telegráfica pública, da qual serviços eram executados por Rondon.

Dentre os problemas enfrentados na ESF Jardim América na atenção referente a hipertensos, destaca-se a baixa adesão dos usuários em tratamento aos medicamentos. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento é uma das atividades essenciais para o adequado controle desta doença, este projeto tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com HAS na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim América, município de Vilhena, Rondônia.

O projeto incluirá todos os usuários hipertensos acompanhados pela USF Jardim América, Vilhena, Rondônia que aceitem participar da investigação. O período da intervenção será de outubro de 2014 à março de 2015. Além dos usuários, os profissionais que atuam neste período no serviço de saúde também serão o público-alvo desta intervenção. Para a realização e sucesso, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar da USF.

As ações a serem realizadas incluem:

O primeiro passo consiste na apresentação deste projeto de intervenção e seu instrumento de medida da adesão ao tratamento medicamentosos aos membros da equipe multiprofissional da ESF Jardim América. O instrumento de coleta da informação é um teste composto por 11

perguntas e que possibilita avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de usuários. Os problemas encontrados pelo Brief Medication Questionnaire (BMQ) são divididos em três domínios: 1) regime: composto por 7(sete) perguntas; 2) crença, composto por 2(dois) perguntas; e 3) recordação: composto por 2(dois) perguntas. Esses domínios são obtidos comparando as respostas dos usuários às perguntas com a prescrição médica, pelo registro do prontuário dos usuários acompanhados na ESF ou receita médica apresentada pelos usuários prescrita por outros médicos ou serviços de saúde. O paciente que apresentar “nenhuma resposta positiva” no teste é classificado como “aderente”, o paciente que apresentar “resposta positiva em um dos três domínios” é classificado como “provável aderente”, o paciente que apresentar “resposta positiva em um dos três domínios” é classificado como “provável baixa adesão” e o paciente que apresentar resposta positiva nos três domínios (regime, crença e recordação) são classificados como “baixa adesão”.

Serão acrescentadas ao BMQ informações quanto a dados pessoais dos hipertensos tais como: endereço do entrevistado, ocupação, idade, sexo, cor da pele (verificada pelos ACS), anos completos de estudo, número de pessoas que vivem no domicílio, renda mensal média familiar do último mês em salários mínimos; dados clínicos como tipo de patologia do paciente (hipertensão, diabetes, hipertensão e diabetes), comorbidades referidas (angina, infarto agudo do miocárdio – IAM, acidente vascular cerebral – AVC, pé diabético, doença renal, retinopatia, e se havia sido amputado); e, fatores de risco cardiovascular atuais (dieta inadequada, sedentarismo na percepção do entrevistado, uso de álcool, tabagismo referidos e dislipidemia referidos, obesidade pelo Índice de Massa Corporal); resultados de procedimentos no último atendimento na ESF (peso em quilogramas e gramas, altura em centímetros, cintura em centímetros, glicemia capilar em jejum, pressão arterial – PA sistólica e diastólica em mmHg). Os equipamentos e materiais necessários para as medições serão os disponíveis na ESF. A dieta será considerada inadequada quando os hipertensos referir que colocam sal nos alimentos quando já servidos em seu prato. A apresentação será feita pelo médico da equipe, através de uma reunião na própria ESF. Na ocasião será disponibilizado um impresso do BMQ para todos os participantes.

O segundo passo será a mobilização dos usuários hipertensos acompanhados pela ESF Jardim América e seus familiares para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso. A divulgação inicial será através dos ACS durante as visitas domiciliares.

As atividades serão realizadas através de reuniões com todos os usuários hipertensos da ESF Jardim América e seus familiares e/ou cuidadores, na própria ESF ou em algum espaço social da comunidade para o esclarecimento do projeto de intervenção, para esclarecimento dos benefícios da participação e garantir a melhoria da qualidade de vida através das ações abordadas durante as atividades.

O terceiro passo será a organização da capacitação dos ACS para a aplicação do teste BMQ em domicílio.

O quarto passo consistirá na organização da equipe de ACS para aplicação do BMQ durante visitas domiciliares, onde se aproveitará a oportunidade para divulgar o cronograma das atividades programadas a serem realizadas na ESF Jardim América durante a intervenção.

Após o preenchimento do BMQ, os ACS deverão anexá-los na pasta reservada para os mesmos na ESF. Programa-se um curso com objetivos educativos sobre Hipertensão Arterial realizado pelo médico durante um período de 4(quatro) semanas dividido em 4(quatro) classes (anexo 2) e com técnica participativa a todos os pacientes participantes no projeto o que facilitará um melhor conhecimento da doença. Concomitantemente serão organizados os encontros mensais com hipertensos que responderam ao BMQ para o desenvolvimento de ações e estratégias que facilitarão a adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados pessoais incompletos, os dados clínicos e os do último contato do usuário para atendimento na EBS, que incluem informações sobre peso, altura, cintura, glicemia capilar PA sistólica e diastólica, serão coletados nestes encontros.

Por fim, os resultados obtidos ao final do período de intervenção, serão comparados aos resultados iniciais e discutidos com a equipe de saúde e usuários.

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O trabalho iniciou com a apresentação do Projeto e do instrumento para verificação da adesão ao tratamento medicamentoso (BMQ) à Equipe de Saúde da Família Jardim América, promovendo a capacitação dos profissionais, apresentando a logística do trabalho de campo e a proposta de encontros mensais com os hipertensos.

Na semana 07 (sete), foi realizada a 1ª capacitação da equipe multidisciplinar da USF Jardim América. Trabalharam-se os temas “abordagem domiciliar dos hipertensos com ênfase na educação em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso” e foram incluídos nesta capacitação todos os ACS da ESF. Como recurso visual foi utilizado notebook para a apresentação dos slides criados exclusivamente para a apresentação desse conteúdo. Consequentemente aconteceram vários encontros com a equipe para reprodução de materiais para elaboração das planilhas para a coleta dos dados necessários ao monitoramento, avaliação dos indicadores e os recursos visuais para utilização das capacitações como slides e cartazes; com discussões de dúvidas e escuta de sugestões.

A divulgação da intervenção e seu instrumento para os hipertensos da área de abrangência foram realizados durante as visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que durante o contato em domicílio, foi debatido com os portadores de HAS suas expectativas e dúvidas com relação à intervenção.

A coleta de dados dos hipertensos aconteceu entre os meses de novembro e dezembro de 2014, juntamente com o preenchimento do BMQ através dos ACS. Esta coleta foi realizada no início e no final da pesquisa. No início da aplicação do BMQ houve problema no preenchimento do teste pelos ACS, talvez pelo contato com um instrumento de intervenção ainda não utilizado e, com isso, muitos dos testes foram entregues com dados incompletos ou inconsistentes, atrasando as ações de outros eixos pedagógicos. Inicialmente, o projeto previa realizar a avaliação em todos os usuários hipertensos acompanhados pela unidade, mas devido à negativa em

participar de alguns pacientes, isso não foi possível. Pode-se considerar que esta ação foi realizada parcialmente.

A aplicação do BMQ realizada no início da intervenção, antes das atividades educativas, avaliou a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso pelos ACS, e que seriam aplicados em todos os 301 hipertensos da área de abrangência da USF Jardim América, após consentimento informado. Porém, falhas no processo da aplicação dos questionários dificultaram o alcance desta meta, teve pacientes que não aceitaram participar no projeto. Ao final 210 hipertensos responderam ao BMQ.

Diante disso, pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

Durante o período da intervenção, conforme acontecia o cadastramento dos usuários hipertensos no Programa HIPERDIA, houve a digitação e acompanhamento do periódico e inserção dos dados na planilha. E, ao analisar os registros, foi possível verificar que no final da intervenção, dos 210 usuários que responderam ao teste, 95 ainda não estavam cadastrados no HIPERDIA.

Com relação à formação de grupos para educação em saúde compostos por usuários hipertensos foi possível realizar dois encontros. O primeiro encontro aconteceu em 18/11/14 e contou com a participação de 95 usuários hipertensos. Este encontro resultou na formação do grupo de adesão do Programa HIPERDIA, que a partir dessa data passaram a se reunir mensalmente, na terceira quinta feira de cada mês. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço da unidade, o que mostraria na sua avaliação, o quanto foi satisfatória, pois esses momentos do grupo têm possibilitado a construção de vínculos, de acolhida, de reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários hipertensos acompanhados pela USF Jardim América.

No dia 08/01/2015, foi realizado o último encontro proposto pelo projeto de intervenção, onde foram colocadas em prática as estratégias de adesão. Considerando a estratégia de educação em saúde de essencial para estimular hábitos saudáveis de vida, no primeiro momento foram apresentados vídeos

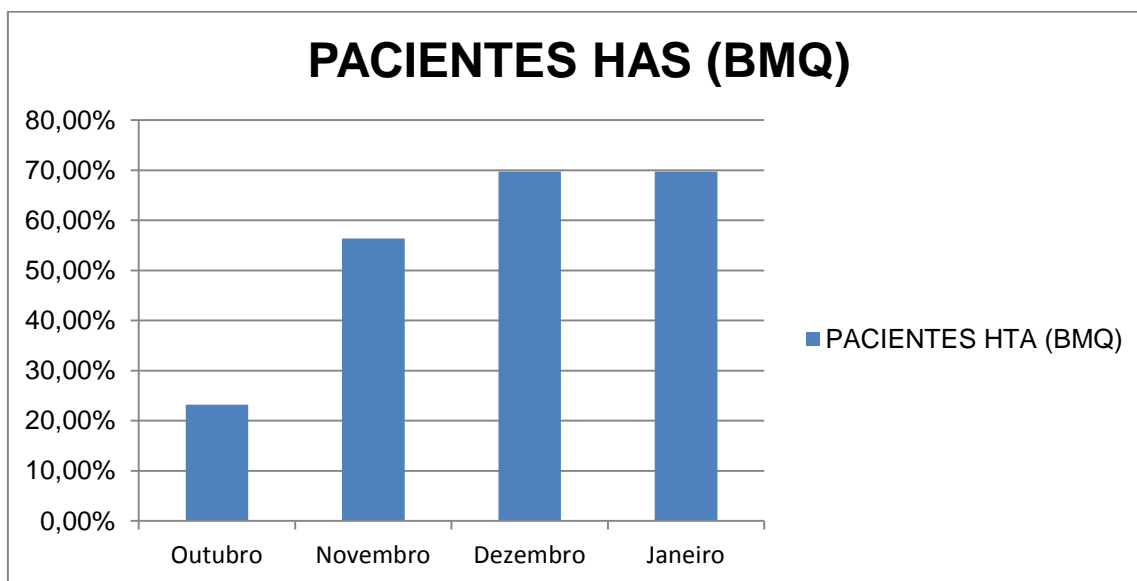
educativos sobre a temática, com instante para considerações e retirada de dúvidas. No segundo momento, foi feita a apresentação e distribuição dos dispositivos escolhidos para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentos: tabela de medicamentos e porta remédio. As tabelas de medicamentos foram distribuídas a todos os usuários presentes na ação, algumas preenchidas durante a apresentação, e as demais em casa pelo familiar, responsável, cuidador ou ACS durante as visitas domiciliares. A tabela de medicamentos ajuda na exposição das informações contidas na tabela a familiar/responsável/cuidador e facilita a compreensão e associação das tomadas nos horários diurnos e noturnos com a presença de desenhos com o sol, nuvem e lua, favorecendo a compreensão de usuários que possuem limitações intelectuais de escolaridade, além de ser considerado um dispositivo de baixo custo. Esta metodologia foi escolhida porque assegura que o usuário, ao se ausentar do seu domicílio em função de trabalho, lazer, viagens ou até mesmo por situações imprevistas, tenha os medicamentos necessários acessíveis, prevenindo perdas das doses. Neste segundo encontro, participaram 63 usuários hipertensos dos quais 57 já tinham respondido ao BMQ e 55 já haviam participado do primeiro encontro.

A mobilização dos usuários hipertensos e familiares para a participação da intervenção e formação dos grupos educativos, tanto durante as visitas domiciliares dos ACS quanto por ocasião de seus contatos com a USF, ficou prejudicado devido à doença de dois ACS de nossa unidade. Com isso, a continuidade da aplicação dos testes foi interrompida.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos que responderam ao BMQ em domicílio foi 70, elevou-se para 170 no segundo e contabilizou 210 no terceiro e quarto meses da intervenção. Assim, a proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da USF Jardim América com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ foi de 69,7% ao final do projeto (Figura 1)

Gráfico1- Evolução mensal do indicador de pacientes hipertensos da área de abrangência da USF de Vilhena com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso. 2015.



Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

Dos 210 hipertensos avaliados pelo BMQ até o final do projeto, a maioria são homens (58%). Com relação à cor da pele, 50% foram avaliados pelos ACS como brancos e 29,4% como negros, os demais como mestiços (11,1%).

Tabela1 - Distribuição dos pacientes por sexo e cor da pele.

Sexo	Cor de pele							
	Branco	%	Negro	%	Mestiço	%	Total	
Masculino	60	57,1	42	65,6	20	48,7	122	58,0
Feminino	45	42,8	22	34,3	21	51,2	88	42,0
Total	105	50	64	29,4	41	18,8	210	100

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso foi verificada em 7,6% dos 210 respondentes ao BMQ ao terceiro mês do projeto. Foram classificados como aderentes 27,2% dos hipertensos, como provável aderência 35,5% e como provável baixa aderência 29,5%. Dos 16 (dezesseis) hipertensos com baixa adesão, onze passaram para aderentes e cinco para prováveis aderentes ao final da investigação.

Após a análise situacional, ficou identificado que a baixa adesão dos hipertensos acompanhados na USF Jardim América, ao tratamento medicamentoso era um dos problemas enfrentados. Diante disso, o objetivo geral do Projeto foi “Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos.

Após os seis meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos da USF, Vilhena foram cumpridos, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao tratamento medicamento. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela USF, aos usuários hipertensos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos na ESF Jardim América de Vilhena baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou domicílio e no acompanhamento dos mesmos pelo registro do Programa HIPERDIA. As maiorias destes usuários não estavam cadastrados no Programa HIPERDIA e nem possuíam registros de medicamentos atualizados no prontuário clínico. Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo contínuo para educação em saúde, e nunca havia sido realizada a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso desses usuários.

A equipe de saúde deve trabalhar de forma integrada e realizar o seu trabalho com qualidade, participando de capacitações e realizando atividades contínuas de vigilância e monitoramento de fatores de risco, priorizando a prevenção e as ações de promoção, só assim a equipe pode potencializar e otimizar seus objetivos além de que o médico, técnicos, ACS e outros profissionais de saúde precisam ter uma visão ampla do processo de saúde-doença.

Conhecer a realidade social da área e participar do processo de identificação dos problemas da população também faz parte das atribuições da ESF. Com isso, será possível a construção de estratégias de atenção em saúde priorizando a execução de práticas preventivas, diminuindo a incidência e prevalência de fatores de riscos para evitar a ocorrência da Hipertensão Arterial e aumentar a qualidade de vida das pessoas. Acreditamos com isso, que podemos oferecer uma assistência integral ao indivíduo da comunidade e pacientes da USF, e por este projeto estar apenas em fase inicial, a perspectiva será de continuidade para avaliar com eficiência seu impacto na população.

É considerável que o desempenho dos membros da equipe foram participativos, mas é o trabalho dos ACS que merece destaque, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de reuniões, aplicaram o instrumento de coleta da informação (BMQ), mobilizaram os usuários para a participação nos encontros mensais previstos, participaram dos encontros e capacitações.

Os usuários hipertensos, além de responderem ao teste, muitos frequentaram os encontros mensais para as atividades educativas, o que favoreceu avaliação a adesão ao tratamento medicamentoso dos participantes. Essa atitude de permanência também fortaleceu a Equipe no intuito de vinculação com o público-alvo, pois muitos não aceitaram participar do projeto na fase inicial da pesquisa.

Após os seis meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, “Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com hipertensão da Equipe de Saúde Da Família Jardim América, no período de outubro de 2014 a março de 2015, em Vilhena/RO” foram cumpridos, mesmo que de forma parcial e que provavelmente trouxeram melhoria na adesão ao tratamento medicamentos. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela ESF aos usuários hipertensos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS:

- 1) VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. ArqBrasCardiol 2010;13(Supl 1): 1-40.
- 2) Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalencia e fatores sociodemograficos em hipertensos de São Jose do Rio Preto. ArqBrasCard 2008; 91:31-5.
- 3) Burt VL, Whelton P, Roccella EJ. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988- 1991. Hypertension 1995; 25(3):305-13.
- 4) Neber MA, MatersonBj. Hypertension Guidelines: a major reappraisal critically examines the available evidence. J Clinhypertens 210; 12: 229-36.
- 5) Erdine S. Compliance with the treatment of the hypertension: The potential of combination therapy. J clinHypertens 210; 12: 40-50.
- 6) Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Inter Med 1997; 157: 2413-46.
- 7) Álvarez Sintes. Temas de medicina general integral: Vol. I Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2001:39-40.
- 8) Zanchetti D, Mancia G, Editors Corner: Strategies for antihypertensive decision: how to assess benefits? J Hypertens 2009;15:215-6.
- 9) SellénCrombet J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Ed. Félix Varela, Ciudad Habana; 2009.
- 10)Neaton JD, Grimm RH, Prineas RJ. Treatment of Mild Hypertension Study: final results. JAMA 2010; 270:713-724.
- 11)Rosario TM, Scala LCNS, Franca GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93: 672-8.
- 12)Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension 2009; 27: 963-75.

- 13) Souza MLP, Garnello L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(supl.1): 91-99.
- 14) SOUZA A, COSTA A, NAKAMURA D, MOCHETI L, FILHO S, OVANDO L. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Vilhena, RO. Arq. Bras. Cardiol 2011; 88(4): 441-446.
- 15) Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. Cad Saúde Pública;2004(aceso 9 fevereiro2015).Disponívelem:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400023>.
- 16) Kulcar Z. Self-help, mutual AID and chronic patients’ clubs in Croatia, Yugoslavia: discussion paper. J R SocMéd 1991; 84(5): 288-291.
- 17) Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- 18) Fernandes, MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. CiêncSaúde Coletiva;2011(aceso9fevereiro2015).Disponívelem: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700067>.
- 19) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 35, p. 585-588, 2010.

ANEXOS

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?









Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = Respondente / NR = não respondente

R= Respondente / NR= não respondente

Anexo 2

	Amanhecer	Café	Intervalo 1	Almoço	Intervalo 2	Jantar	Dormir
							
Horário							
Medicamento							



APÊNDICES

Meses	PACIENTES HTA (BMQ)
Outubro	70
Novembro	170
Dezembro	210
Janeiro	210

Temas dados em curso para pacientes hipertensos e seus familiares

Sessão: 1

O que é a hipertensão arterial?

Programa de controle de hipertensão pela equipe de saúde da família e seus envolvimento

Complicações da hipertensão em longo prazo, relação com outras doenças.

Sessão: 2

Sintomas,

Complicações e tratamento da hipertensão arterial.

- a. Sintomas da doença.
- b. Complicações da doença não controlada.

C. Uso de fármacos.

d. Tipos de fármacos.

Sessão: 3

A alimentação

Sessão: 4

1. Exercícios físicos na melhora da hipertensão arterial.